

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0170201388		
法人名	社会医療法人社団 三草会		
事業所名	もえれのお家屯田みやげ館		
所在地	札幌市北区屯田7条5丁目2-20		
自己評価作成日	平成25年5月31日	評価結果市町村受理日	平成25年7月12日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

事業所は静かな住宅街近くに公園が点在し、近隣の小学校、中学校の生徒たちの通学路に位置し、日常的に、隣の畑、近所のお庭の野菜や、花を通じて地域の方々との交流する事が出来る環境にある。理念を重んじ実践につながるよう理念を反映させた年間の目標を毎年作成し、職員同士の意見や入居者、家族の希望に添えるよう日々取り組んでいる。見学、実習も積極的に受け入れ、学生の学びの場としても地域に開かれた事業所であるよう、また、将来の福祉の担い手の育成にも役立てるよう努めている。職員の教育にも力をいれ、計画的に勉強会を開催し、職員一人一人のレベルに合わせて外部研修に積極的に参加できるよう勧め、資格取得がしやすいように就業環境に配慮している。開所10年目を迎え、入居期間が長く、身体的にも重度化している方も多く、最後まで安心してこれまでの穏やかな生活が継続できるよう。往診医、各主治医と密に連携し、アドバイスを受けつつ、家族の意向も最大限に活かせるよう、段階的な話し合いを持って方針に合わせたターミナルケアにも取り組んでいる。職員の定着率も高く、入居者と長い年月を共に過ごして、言葉を越えた絆を築く事が出来ている。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=tue&amp;JigyosyoCd=0170201388-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=tue&amp;JigyosyoCd=0170201388-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西7丁目1番あおいビル7階
訪問調査日	平成 25 年 6 月 14 日

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

複数の福祉事業を展開している法人が当ホームを開設して10年目を迎えようとしています。ホームに深い理解と支援をいただいている併設のデイサービスの利用者や地域の方々とは、馴染みの関係が構築されており、理念の一節である「…その人らしい生活が継続出来るよう・・・」を実践しています。ホームを終の棲家として最後まで支援する姿勢は利用者や家族の安心に繋がっています。年2回、ホーム行事や外出行事で利用者、家族及び職員が一堂に会する機会を設けて信頼関係を築いています。法人のバックアップ体制の下、研修制度など就業環境も整備され、職員の高い定着率になっています。昼食時に利用者から「いろいろ考えて作ってくれる食事は美味しいしここが一番いいよ」との言葉がありました。職員は「同じ一日なら楽しく過ごしたい」と、日々自己研鑽に励んでいる「グループホーム もえれのお家屯田」です。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します					
項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I.理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念を基にし年間計画を作り、目標達成のために日々の話し合いの中で実践に繋げていけるようにしている。	地域密着型サービスの意義を理解した法人理念を掲げ、職員を含め全員で共有しています。さらに、ユニット毎に理念に基づいた年間目標を計画し、会議や自己評価時に実践への確認が行われています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会の行事に参加している。散歩時には、近隣の方と挨拶したり、お花を頂いたり等の交流がある。	地域の方々とは、挨拶はもとより町内会の行事参加（祭り、環境整備、総会等）や神社祭、地区センターの行事見学、近隣の小・中学校の体験学習受け入れそして学芸会、運動会での生徒との触れ合いがあるなど馴染みの関係を築いています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の小・中学校の体験学習の受け入れをしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月毎に会議を開催し、行事の時の写真等を使い報告を行ったり意見交換をしている。今年度からは、利用者の方も参加。	会議は定期的で開催されており、ホームの現況報告のほか、町内会や地域の行事案内や防災訓練等に意見や助言をいただくなど、ホームの質の向上に繋がっています。議事録は全家族に配布しています。また、会議には利用者の参加があります。	地域からの参加は固定化されていますので、運営推進会議の意義を理解していただき、幅広いメンバー構成の下、活発な意見交換により、更なるサービス提供に繋がる取り組みに期待します。
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	連絡会議の参加、アンケート協力、情報提供を行っている。	行政とは、会議や介護保険等に関する改正時、各種認定時における情報交換、アンケートや調査依頼に応じています。また、ホームの運営状況を報告し、意見や助言をいただくなど、協力関係を築いています。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	夜間以外、玄関の施錠は行っておらず、入居者が開けられない仕組みもない。ベッド柵やセンサーの使用の必要性についての話し合いを行い、ご家族にも了承を得ている。	職員は外部研修や勉強会等で身体拘束をしないケアの重要性を十分認識しており、職員間においても不適切なケアについて話し合いがもたれています。最近、利用者の不意の外出があり、今後に向けて改善策を協議しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	外部研修に参加し、勉強会で伝達し職員全体が理解を深め、見過ごされることのないようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	社会福祉協議会による、支援員制度の利用している。勉強会で学ぶ機会を設けている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居前の訪問時や見学時に説明を行い、理解と納得を図っている。料金の改定時には、ご家族への説明を行い理解を得ている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	家族会、来訪時、運営推進会議の時等に要望を伺い、反映させるように話あっている。	利用者からは、日々のかかわりや運営推進会議の中で意見を傾聴しています。家族には、年4回のホーム便りや状況に応じて個別の便り、アンケートの実施、来訪時等にコミュニケーションを図るなど、表出された意見を運営に活かしています。要望に応え、職員の増員を行っています。	
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	カンファレンス時に意見や提案ができるようにしている。	職員は管理者やリーダーに日々の業務及び会議等で意見や要望を伝えています。さらに、ホーム便りなど3部門からなる係を担い、運営に参加出来る環境になっています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	組合を作り、過半数代表者を通して勤務条件、就業規則等の見直し、話し合いの場をもっている。資格取得のための助成金制度もある。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	毎月のカンファレンス時での勉強会、外部研修、法人内の研修会への参加を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	北区在宅ケア連絡会、北区グループホーム職員研修などに参加し交流している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	サービス開始前にご本人・ご家族との面談を行い、できるだけ安心して入居できるよう入居準備を進めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご本人とは別に、ご家族と話をする時間を十分にとり、聞き取りを行っている。必ず、見学と実際のGH内を見ていただき、具体的な疑問に答えられるようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人・家族との面談、利用中のサービス事業所からの情報、フェイスシート等をもとに現状とニーズを明確にし、必要なサービスを見極め初期プランを作成し対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	アセスメントから本人の得意なこと、出来ることを把握し家事等を一緒におこなったり、外出などを希望・想いに合わせて行い一緒に楽しみ、同じ時間を過ごしながら関係を築いている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族の来訪時に最近の様子等を伝え、要望を聞くようにしている。家族に手伝っていただきたいことを伝えたりして本人との絆を大切にしている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	墓参り、法事への参加、手紙、電話でのやり取りや、気軽に来訪してもらえるように支援している。	友人、知人の訪問受け入れや手紙、電話の支援により交流関係の維持に繋がっています。家族の協力もいただきながら、希望する馴染みの場所への同行支援に取り組んでいます。近所の方々や併設のデイサービス利用者とは、馴染みの関係が築かれています。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係の状況を把握し、食事席等の配置を関係性に合わせて行ったり、共同作業の機会を取り持ったりしている。職員同士でも共有することで、関係を壊さず維持できるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去後も家族の相談を受けたり、転居先との連携に努めている。また、退去された方の家族のボランティアもあり、その際にお話している。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	お話出来る方とは、日常の会話から把握し記録に残し、困難な方の場合、日常生活の様子から把握できるように努めている。申し送り時やカンファレンス時に話し合い職員全体が把握・共有している。	生活歴や家族からの情報を基に回想法を取り入れるなど情報を蓄積し、思いや意向の汲み取りに努めています。困難な場合は、いくつかのケア方法を試み、利用者の要望に応じています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人との会話の中から、家族との話しから、アセスメント等から把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日常の生活の様子や活動時の様子を観察し記録に残し、心身状態や出来ることの把握に努めている。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、家族、医療機関等の意見を聞き、カンファレンス時等に話し合いを行い、常に見直しを行っている。	3ヵ月毎に利用者や家族の意向を踏まえ、医療関係者の意見やヒヤリハットの改善点を参考に、職員全員の意見が反映された介護計画を作成しています。介護計画と日々の記録の連動性に取り組んでいます。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケアプランに沿った生活記録により、新たな問題に気づけるようにし職員間で情報を共有しているが、重要であるかの判断は十分とは言えない。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	各ユニット、DSとの交流。外出、家族の宿泊等できる範囲で取り組んでいる。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	避難訓練時の町内会の方の参加。町内会の行事への参加や散歩の時に挨拶したりお花を頂いたりと交流している。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医と家族状況などの情報も共有し、家族の希望や今までの受診歴に合わせて医療機関の受診を行っている。	利用者や家族の要望に沿い、かかりつけ医への受診支援を行っています。協力医による月2回の往診もあり、関係者と情報を共有するなど、適切な健康管理が図られています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問看護師とは日常の関わりの中で、体調の変化等の気が付いたことを相談し、受診等につなげている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院初期に添書を作成し、情報の提供を行い認知症からくるニーズについて情報を共有し、入院中も医師との話し合いに参加して、退院後もGH内で行えるリハビリ等を取り入れるようにし、早期退院につなげている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期に向けての話し合いを、段階を追ってその都度、医師・家族・管理者で行い、状況の理解・方針の共有を図っている。	利用時に重度化や終末期に向けた指針を説明し、同意書をいただいています。看取りを経験しており利用者及び家族の意向を尊重し、医療関係者と段階的な話し合いがもたれています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルがあり、勉強会も行っているが、実践力を身に付ける機会は少ない。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年に3回以上定期的に、町内会・消防と連携して避難訓練を行っている。地震・水害時の避難場所は、災害マップで確認。飲料水・缶詰等の備蓄も徐々に始めている。	消防署の指導の下、消防団を含む町内会の方々など多数の協力をいただき、年3回、昼夜想定避難訓練を併設の事業所と合同で実施しています。表出された課題は次回の訓練に活かし、あらゆる災害対策への取り組みに努めています。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	声掛け時の言葉遣いに気をつけ、申し送り時等もインシヤルを使い、人格を尊重し誇りやプライバシーを損ねないよう配慮している。	職員は利用者に対して、不適切な対応を行っていないかを常に話し合っています。個人情報も適切に管理され、人格の尊重とプライバシーの確保に努めています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	自己決定が難しい方は、表情や行動から汲み取ったり、分かりやすい言葉掛けを行っている。できるだけ本人の思いを聞き、希望を表現できる機会を設けている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	自立度の高い方は、できる範囲で本人のペースに合わせた支援を行えているが、重度化し身体介護に時間がかかる方は、職員のペースになることが多い。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	家族が持ち込まれるものがほとんどだが、その日の行事や天候等でアドバイスしたり、その人らしい服装になるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	簡単なおやつ作りやすじ取り、皮むき、食器拭き等一人一人の能力に合わせて行っている。	メニューと食材は、配食業者から届けられますが、アレンジや買い置きの食材を活用して別メニューを提供するなど、利用者の好みを取り入れています。また、桜もちなど季節感あるおやつを利用者と一緒に作っています。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事摂取表・水分摂取表を活用し把握している。一人一人の状態に合わせた形態で提供している。			
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	起床時・入床時に行っている。その人の状態により、別の時間を設けて行ったり、毎食後行っている。			
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄表を活用し、パットをできる限り使用しない工夫や時間帯よっての使い分けを行い、トイレで排泄できるよう働きかけている。	排泄パターンを把握し、職員の細やかな見守りで動きから察知し、プライドに配慮した声掛けや、最小限の衛生用品の使用により、トイレでの排泄支援に取り組んでいます。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	ヨーグルト、乳製品、食物繊維の多い食べ物の提供、水分、運動の促しを行い、医師にも相談をしている。			
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	職員からの声掛けで希望にあわせて行うようにしているが、意思表示が出来ない方は、その日の体調に合わせて行っている。	利用者の体調や意向を考慮し、午前と午後に入浴時間を設け、週3回を目途に入浴支援を行っています。日時や回数、入浴している時間などは、柔軟に対応し、清潔保持に努めています。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人一人の眠気・体調に合わせて、休息・入床の支援をしている。			
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個々の処方リストを作り、いつでも確認できるようにし、内服時には職員間で確認行っている。内服後の症状の変化も記録に残し、医師に相談している。			
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	季節の行事や外出を行い楽しみを持って生活出来るように支援している。役割が持てるように活動を促したり、アクティビティーや他館訪問等を行い、気分転換している。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	季節や行事に合わせて、計画的に外出の機会を設けているが、参加できる利用者に偏りがあるため、家族会の時に家族の協力を得るようにしている。	利用者は、ホーム周辺の散歩や菜園の手入れ、ホーム前庭でのお茶会などで日常的に外出しています。さらに、家族の方々の協力をいただき、外出行事を企画するなど利用者、家族及び職員が一堂に会する機会を設けています。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自己管理が出来る方は、支援事業を活用して行っているが、ほとんどの方は、おこづかいとして金庫に預かっており、所持したり使える支援が少ない。			
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人から電話や手紙の希望はほとんど聞かれない。取り次ぐことは行っている。			
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節の花や飾りつけをリビングに飾り楽しめるようにしている。共用空間は混乱がおきないように音や光等に配慮おこなっている。	木目を基調とした落ち着いた共用空間になっています。廊下に椅子を置いたり、トイレには直接温冷風が当たらないように器具に木枠を取り付けるなど、随所に利用者本位に配慮した設えになっています。ホームの中には花々や季節にちなんだ飾り物や作品が潤いをもたせています。また、旬の食材を通して季節の移ろいを楽しんでいます。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	利用者同士の関係性に合わせて互いに交流できるように、席替え等を行っている。また、廊下に一人で過ごせるような席を設けている。			
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人が使っていた物を持ち込んでいただけるように、入居の際に家族にお願いし、居室作りも家族の協力を得て行っている。	居室の入口には、利用者の表札や写真が掲示されています。備え付けのクローゼットには日用品等が収められています。居室は、利用者や家族の意向が反映され家具や仏壇、テレビ、飾り物、写真などで彩られ、安らぎのある空間になっています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	バリアフリーの創りで手すりも設置されており、トイレや浴室等も分かるように工夫している。各々の居室も身体状況に合わせて配慮している。			